

Government
Publications

CAI
HW
— P3P67

3 1761 11556586 3

Preserving Universal Medicare

A Government of Canada Position Paper

Canada



Digitized by the Internet Archive
in 2022 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761115565863>

Preserving Universal Medicare



Published by the authority of
the Honourable Monique Bégin,
Minister of National Health and Welfare
1983



© Minister of Supply and Services Canada 1983
Cat. No. H 21-92/1983
ISBN 0-662-52577-9

Contents

Preserving Universal Medicare	5
Does Medicare Need Preserving?	6
Is Universal Medicare a New Idea?	8
Medicare is Good for Hospitals	10
Medicare is Good for Doctors	11
Medicare is Good for Taxpayers	12
Medicare is Threatened by Direct Charges	16
User Charges to Control Abuse?	16
User Charges as a Management Technique?	18
User Charges to Make People Aware of Costs?	19
Extra-Billing	19
Consequences of Direct Charges	21
The Patient's Viewpoint on Direct Charges	23
Medicare is for All Canadians	25
Medicare Should Protect Canadians Everywhere	26
What Can the Government of Canada Do to Preserve Medicare?	28
Government of Canada Contributions	28
Federal Health Legislation	30
What Do Canadians Want?	31
Summary	33

Preserving Universal Medicare

A child is wheeled into the operating room of a major hospital in Ontario. Her parents have been informed that the anaesthetist will extra-bill¹ about \$200. Sixty-two per cent of anaesthetists in Ontario are opted-out and extra-bill.

Somewhere in Canada today, someone will be rushed to a hospital, stricken with a heart attack. If this tragedy has struck in Alberta, the patient will face a \$5 admission charge. In Alberta, forty per cent of anaesthesists and fifty-five per cent of surgeons extra-bill. For a single coronary by-pass the family may have to pay up to \$800 in doctors' bills.

Only in Quebec and British Columbia can the patient and the family be fully secure from the worry of a large doctor's bill without having to be in some sort of exempt group or having to ask for the doctor's understanding of their financial circumstances.

Suppose a patient requires a lengthy stay in the hospital. For example, twenty days are a typical length of stay following by-pass surgery. In a hospital in B.C., there could be a user charge² of \$150 for these twenty days. In Newfoundland, the hospital may send out a bill for \$75.

After a patient is released from hospital, return visits for outpatient therapy may be needed. In British Columbia, this will cost \$4 every visit. British Columbia has a \$25 charge for

1 **Extra-bill** means the direct billing of an insured person for an insured health service provided by a medical practitioner in an amount in excess of the amount payable for the service under a provincial health care insurance plan.

2 **User charge** means any charge that is authorized under a provincial health care insurance plan for any insured health service and that is payable directly by an insured person.

patients using an emergency room for a non-emergency service. Elsewhere in Canada, such services are still without additional charge.

Does Medicare Need Preserving?

In some parts of Canada today, these many small and some not-so-small charges can add up to a sizeable sum. Moreover, the situation is likely to worsen. This view of the future is not idle speculation: Alberta has announced plans to introduce — at the discretion of individual hospitals — a hospital charge of up to \$20 a day (maximum approximately \$300 per family per year) and an outpatient charge of up to \$10 per visit, effective October 1, 1983. Other provinces have announced that they are going to investigate the possibility of increasing user charges.

If you happen to have the "right" disease, the "right" age and the "right" income, you may get an exemption. For a child under six in Alberta there will be no hospital charge. But if your child is seven years old there will be a charge. You can also apply for an exemption if your income is low — in Alberta this means \$3,500 taxable income for singles, or \$6,000 for families. Patients with certain diseases in Alberta will be exempted.

Medicare is threatened. The small direct charges³ of the past are now growing and spreading. Medicare as we knew it is gradually eroding. Through a cumulation of direct charges on the sick — each one possibly not a big increase in itself — the goal of complete insurance, fully prepaid, is being abandoned. In the not too distant future, we may have to worry not only about whether treatment will restore our health, but also about how we can manage to pay for needed care.

It is apparent that unless a concerted effort is made to commit ourselves once more to the principle of universal health insurance, the gaps

³ **Direct-charges** includes both extra-billing and user charges.

in insurance coverage will continue to grow. A choice must now be made. Do we as a nation wish to allow an increasing number of our fellow Canadians to fall through the widening cracks in our health insurance program? Or do we wish instead to preserve and improve Medicare?

No services, whether provided by government or by the private sector, are free. Health services are no exception. If we use a bed in a hospital, visit a doctor or receive an inoculation at an immunization clinic, real costs are involved. The issue is not whether the services will be paid for: rather the issue is how and when the costs should be paid.

The Government of Canada believes that a civilized and wealthy nation, such as ours, should not make the sick bear the financial burden of health care. Everyone benefits from the security and peace of mind that comes with having pre-paid insurance. The misfortune of illness which at some time touches each one of us is burden enough: the costs of care should be borne by society as a whole.

That is why the Government of Canada wishes to re-affirm in a new Canada Health Act our commitment to the essential principle of universal health insurance. That principle is simple: necessary insured hospital and medical services must be accessible to all residents of Canada regardless of their financial circumstances. It has been a great accomplishment that medical and hospital insurance — implemented in each province with federal encouragement and financial assistance and portable between provinces — has put this principle into practice. After twenty-five years of experience, we Canadians know that universal health insurance is more than an ideal. It is a practical and efficient program — one worth preserving.

The Government of Canada invites concerned Canadians and provincial governments to work together to preserve Medicare. In the following pages, the current challenges are reviewed more fully. Throughout this discussion

there is one common thread: a vision of Canada as a humane and caring society, a society that has undertaken to care for all its people through a comprehensive social security program system. Throughout the economic crisis, which is now passing, we have preserved programs such as the Old Age Security and Guaranteed Income Supplement, Family Allowances, and the Canada Assistance Program. Now the challenge is Medicare.

Is Universal Medicare a New Idea?

Fully prepaid universal health insurance is today regarded by some as a recent invention of the federal government rather than the end result of a long and beneficial evolution in our health system.

Before the Second World War, most health services were paid for in just the same way as we pay for any consumer service. Many Canadians found themselves impoverished due to debts for health care. Still worse, many suffered because they could not afford necessary treatment. They were unwilling to reduce their families to poverty or to accept charity.

After the War, both commercial and non-profit insurance plans began to spread. However, many Canadians could not purchase coverage, especially those belonging to a high-risk group, such as the elderly, or those who already had a health problem. As a result, prior to the development of the public hospital insurance plans in 1957, forty per cent of the population had no coverage, and as late as 1967 when a national program for medical care insurance was introduced, only two-thirds of the population had private medical insurance.

Basic program design of both national hospital insurance and medical care was influenced strongly by prior developments in the province of Saskatchewan. Saskatchewan showed that universal coverage plans providing comprehensive services could be financed at reasonable costs.

But the Government of Canada could not simply set up a national health insurance plan

like Saskatchewan's. Our Constitution provides that "health" is an area primarily under provincial jurisdiction. The Government of Canada may not regulate the delivery of personal health care services. Only provincial governments can determine how many beds will be provided, what kinds of staff will be employed and how the system will serve the public. It is the provinces which approve hospital budgets and negotiate benefit schedules with provincial medical associations.

What the Government of Canada can do is to offer financial contributions to provinces and to attach general conditions to those contributions. It was through such conditional contributions that the Government of Canada, with the support and cooperation of provinces, established the national health insurance programs.

Through the federal Hospital Insurance and Diagnostic Services Act of 1957 and the federal Medical Care Act of 1966, the Government of Canada offered to provide provinces, overall, fifty per cent of the yearly costs of basic insured health services. In return, the provinces accepting the federal contributions agreed to insure basic hospital and medical services and to meet conditions such as universality, comprehensiveness, accessibility, portability and public administration.

These arrangements worked well in getting universal health insurance started and for many years thereafter. However, over time, as the programs matured, problems began to emerge. Provincial governments claimed that the programs were too inflexible because cost-sharing was restricted to specific services, making it difficult for them to manage their health systems efficiently. The Government of Canada, for its part, did not like an arrangement where it could not control or predict the amount of money it paid to the provinces.

By 1977 universal, publicly financed health insurance seemed firmly established, and the Government of Canada felt it should remove the constraints of the previous 50/50 cost-matching

formula by providing block funding through tax transfer and cash payments for hospital and medical insurance. At the same time, the Government of Canada, and the provinces, reconfirmed their commitment to the basic principles of medical and hospital insurance. The two federal health Acts which set out the basic conditions provinces must meet to obtain the federal cash contributions for hospital and medical services were retained.

Under the new financing arrangements, the federal government also provided additional contributions for nursing home care, home care, and other types of extended health care services. These contributions had no conditions attached.

Medicare is Good for Hospitals

Few people remember one of the main reasons for the establishment of public hospital insurance: hospitals were often unable to collect payments. The result was financial uncertainty which crippled hospital budgets. Since the inception of hospital insurance in 1958, hospitals have known that they would be paid to care. The result has been good for nurses, assistants, administrators, technicians and all other hospital workers, and these people have become part of our national health insurance system.

However, it has been argued by some that control of health care spending has been too good — that the system is “underfunded” — and that direct charges are necessary to provide more revenue and to “save Medicare”. Underfunding involves the question of whether the health care sector is receiving the appropriate level of funds. The question of direct charges has to do with the source of funds for the sector.

Arguments are made that longer waiting lists for hospitalization are evidence of underfunding. The waiting list problem may be alleviated by removal of certain structural rigidities in the exercise of hospital privileges by physicians, by regionalization of services, more appropriate utilization of health care institutions and by reducing average lengths of stay. It is not uncom-

mon to find in one city a hospital with a waiting list while another in the same city has no waiting list and may even have empty beds.

Canada's hospital bed supply in relation to its population compares favourably with other countries. Despite concern about "tight" hospital budgets, hospital expenditures in Canada have increased by seventeen per cent in the fiscal year 1982-83 over 1980-81. Hospital expenditures have increased four hundred per cent over the period 1970-71 to 1980-81, which is well in excess of the general inflation rate. The increased expenditure contradicts the public's perception of government "cut-backs".

Medicare is Good for Doctors

A number of myths have recently been circulating in the country about the status of doctors under Medicare and how our system works. It has been suggested, for example, that doctors might be put on salary, and that this in turn would affect the doctor-patient relationship. Let us review the facts and compare them, as is often done, to the American and British systems of health care.

In the United States the present situation is similar to what existed in Canada in the pre-Medicare days, more than fifteen years ago. Doctors charge their patients what the market can bear, and Americans have to purchase private, commercial insurance to cover themselves against the very heavy costs of illness. The poor and the old have to rely on government assistance. Granted, in the U.S. doctors and patients are free to choose each other, but this is also true in Canada.

In the United Kingdom, most general practitioners are paid on a capitation basis for a panel of patients while almost all specialists are salaried. Patients are free to select a general practitioner but not a specialist. Patients may elect to pay fees to privately practising physicians but are not reimbursed by the government plan when they do so.

A significant feature of the system in Great Britain is the co-existence of a national health care system and private insurance schemes. Between 1976 and 1981 the number of people covered by private insurance has doubled to about seven per cent of the population. However, it is estimated that this private insurance only covers about sixty per cent of the fees incurred by private patients.

While this system offers more protection than the American system, it is clear that neither system offers the public the same advantages as the Canadian health insurance system.

Canada's system of Medicare has left physicians free to practise medicine on a fee for service basis unless they choose some form of salaried arrangement. They can practise anywhere they choose in any province in which they are licensed. At the same time patients can choose any doctor they wish. Freedom of choice is a cornerstone of our Medicare system. The Government of Canada has no intention of changing any of this.

Doctors are not obliged to participate in Medicare if they want to operate an entirely private practice. They can "opt out" and charge the patient directly, with or without extra-billing being involved. But the fact remains that the vast majority, nearly ninety per cent of Canada's more than 40 000 doctors are part of Medicare and accept provincial plan payments as payment in full.

Medicare is Good for Taxpayers

Some proponents of direct charges have claimed that provinces can no longer afford to pay all of the costs of their current programs, and that direct charges could be an added source of financing. We hear talk of "spiralling" health costs and the need to get government spending on health under control.

The assumptions behind these arguments are not well-founded. Canada's health care spending is not "out of control". Indeed provincial governments and those responsible for managing the

system on a day-to-day basis have done a good job of cost management. In fact, as a portion of our national income, health care spending in Canada has been nearly constant over the last decade and our record in this respect is one of the best in the western world. Chart 1 shows Canada's total spending (government plus private) on health since 1960 as a portion of the Gross National Product compared to our neighbours in the United States. As may be seen, ours is the better record and our performance has been particularly good since the introduction of universal health insurance. It is an especially favourable picture considering the quantity and quality of services Canadians enjoy.

Chart 1

Health Spending (Public and Private) as a Percentage of the Gross National Product



Source: Department of National Health and Welfare.

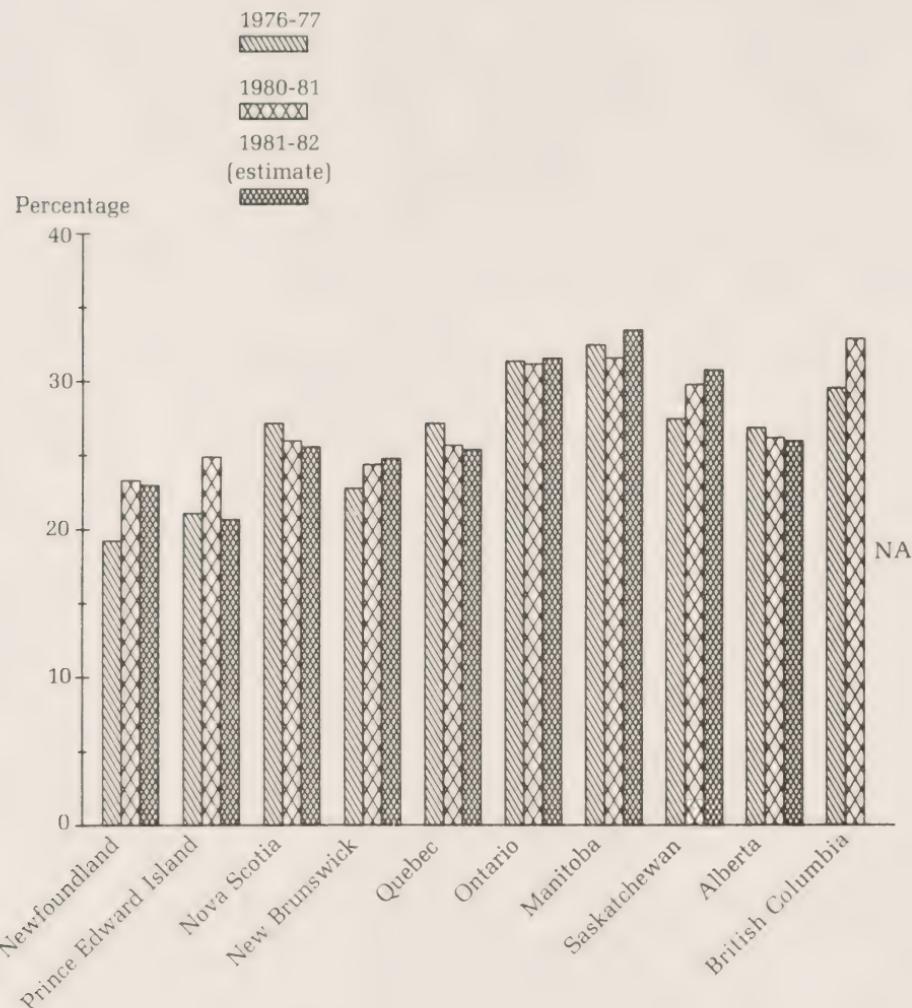
It is not often appreciated that, under the present health care delivery system, the health insurance programs have probably achieved the lowest possible per capita cost consistent with quality care. This has been accomplished by averaging costs over the entire population of each province and through the insurance plans operating on a non-profit basis. Partial plans, as in the U.S., require less public financing, but they do not cost less overall, since government expenditures plus direct costs to individuals when they need care are both part of the national cost of health services. In 1979, for example, the per capita cost of hospital care, physician services and public and private administration in Canada was \$476 compared to \$590 in the United States for the same services in the same year.

Despite relatively greater U.S. national expenditures on health, studies made on behalf of the U.S. government have shown that in the late 1970's there were more than twenty-two million people without any health insurance coverage in the United States, and many more millions in the U.S. are covered by insurance plans containing important exclusions or limits on benefits. The situation in the U.S. has now been exacerbated by the current economic recession and the loss of job-related health insurance benefits by unemployed persons.

Chart 2 shows provincial health expenditures as a percentage of provincial government spending for three fiscal years — 1976-77, 1980-81 and 1981-82. As may be seen, in four out of ten provinces provincial expenditures on health have actually become a smaller proportion of total spending. In the other provinces health has taken an increasing percentage of their expenditures, but the increases, as a percentage of provincial government expenditures, have been in almost all cases relatively small. In some cases the increases result from wider coverage under provincial health programs, rather than increased costs of what was previously covered.

Chart 2

Provincial Government Health Spending as a Percentage of Total Provincial Government Spending



Source: Department of National Health and Welfare.

Medicare is Threatened by Direct Charges

As we have seen, Medicare is a remarkable achievement. Through a process of evolution, with minimum dislocation and disruption, a cost-effective universal health insurance plan has been made possible for virtually all residents of this vast country. Yet this achievement now appears endangered. The lessons of the past are being forgotten. The examples of other countries are being ignored.

We hear arguments that direct charges on "users" should be reintroduced to the system, and that the goal of totally prepaid care should be abandoned. It is said that "users" should pay extra when they need treatment in order to prevent "abuse" of the system, to reduce health costs and to provide more money for the health care system.

The Government of Canada shares the concern of other governments and the private sector about efficiency in the health care system, but it is our contention that user charges, however well-intentioned, cannot be supported. First let us be very clear about who the "users" of the system are. They are all of us when we are sick. Direct charges on "users" are just direct charges on the sick, often called "deterrent fees". Careful reasoning will demonstrate that user fees cannot accomplish what their advocates claim. At the same time their total impact is very harmful indeed.

User Charges to Control Abuse?

The most common rationale given for direct charges is to reduce abuse of health services, thereby reducing the costs of the system and freeing up scarce health resources for other purposes. But when we carefully consider how

extensive real abuse may be, it is not at all clear that this is a significant problem in the health care system.

"Abuse" means different things to different people. To a busy nurse in an emergency room it may mean a patient coming in during the evening with a four-day-old rash. To a family doctor it may mean a patient visiting with problems that are really social rather than medical. To a hospital administrator it may mean an elderly patient who stays in an acute care bed longer than necessary. These are, it is true, examples of misuse of a particular form of health service. In each case there are better alternatives. But in each case there is a very real underlying problem which does require attention. The patients may be in the wrong place, but they are not "abusing" the system.

Patients have little say over the use of most health services. Admissions to hospitals are controlled by physicians. Self-admission is simply not possible. Physicians' rigorous training ensures that they are well-equipped themselves to identify those who do not require hospital care. Hospital inpatient care makes up over seventy per cent of hospital and medical costs, and it is really physicians, not patients, who make the decisions on use of these services.

Since many visits to doctors are initiated by physicians through referrals or instructions for return visits, only a small percentage of total costs are generated at the discretion of the patient. It is only in this segment of the health system that direct charges could be expected to have any impact on use by patients.

Within the relatively small part of the health system where patients are the ones who decide whether or not to use a service, direct charges will deter necessary as well as less necessary health services. If there are parents who do not take their child to the emergency room for a fever because it costs \$10, there will also be parents whose child has a fever due to meningitis and who do not go to the emergency room because they do not have \$10 available. The result of

delay in seeking treatment could possibly be permanent mental or physical damage or even death. Without medical training it is difficult for a person to know when an illness really does require immediate attention.

User Charges as a Management Technique?

Most provinces feel, and rightly so, that their annual health budget increases are quite good, even more generous than in other components of their provincial budget. It is a fact. They are, however, conscious of the need for restraint through these difficult economic years. Hospital budgets worry them particularly. In Alberta for example, hospitals are the responsibility of independent boards of directors. Hospitals have no power of taxation and receive their budgets from the provincial health ministry. Until this year, deficits were picked up by the provincial government. The Alberta government seems reluctant to interfere in the autonomy of these boards of directors by directly imposing tough budgetary and management controls. The province decided instead to address the need of restraint and discipline in an indirect way by the creation of user charges, to be imposed at the discretion of the hospital board. In other words, the province believes that requiring hospitals to cover deficits by charging patients directly will force the hospitals to live within their budgets and will make their spending more responsible. But hospital spending decisions require consideration of a much wider range of factors than the local community's ability to pay user charges.

It may well be that in Alberta, and in some other provinces, there is a need to review the legal accountability and the whole relationship of the hospital boards to provincial health departments. There are more equitable and practical ways to achieve deficit control than once again having individuals penalized by user charges.

User Charges to make people aware of costs?

The Government of Canada shares the view that it is useful to make people aware of the cost of care. But if simply informing the consumer is the only reason for direct charges, there are better ways to provide this information. For example, some provinces have used the approach of sending patients a statement informing them of the cost of their care. Indeed, that approach may be more effective than a user charge: charging a patient, for example, \$100 for a treatment costing \$5000 does not make the patient aware of the cost of care. Instead, it misinforms the patient about the cost of care.

Extra-Billing

Extra-billing by physicians is another type of direct charge to patients which the Government of Canada believes is a threat to accessibility. The extent of extra-billing has grown to the point where it now amounts to almost \$70 million annually. The problem is particularly severe in some communities where the majority of doctors are extra-billing. In some parts of Canada almost all the doctors in certain specialities are extra-billing. This trend seems to be more predominant in the larger cities where the doctor-patient relationship may be less personal.

Several reasons have been given to explain these trends. Some doctors argue that provincial benefit schedules are inadequate. The Government of Canada believes that doctors are entitled to reasonable compensation, and this is reflected in existing federal legislation. However, the fee schedules are a matter for provinces and medical associations to negotiate. Provinces may contend that they tolerate extra-billing because they don't have enough money to compensate doctors adequately. As we argue elsewhere in this paper, this lack of funds has not been demonstrated to date, but if it were the case the provinces should establish what amount is required and raise it through general taxation — not by arbitrary, uncontrolled extra charges to the patient at the time of illness.

Some physicians' organizations have also pointed out that the benefit schedules of provincial plans are inflexible and provide no reward for superior performance. They argue that extra charges on patients can provide this flexibility and provide a "safety valve" if they are dissatisfied with the plan benefits.

If superior care is possible, the Government of Canada would want to see this available equally to all through the health insurance program. A two-tier program, with better care for those who can afford to pay when they are sick, and a lower quality of care for those who cannot afford to pay, is not acceptable to Canadians. If provincial governments and physicians agree that some reward for experience or superior performance, however defined, is important, experience and excellence factors could be built into provincial benefit schedules, when these schedules are negotiated between the provinces and the medical associations.

Provinces will have to decide upon the best way to do away with extra-billing. Quebec has chosen to make it virtually impossible for doctors to extra-bill by providing that patients who consult non-participating physicians cannot be reimbursed by the provincial plan. As a result, extra-billing is almost unknown in that province. Ontario, on the other hand, believes that while opted-out doctors should not be paid directly by the plan, the patient should be paid the full provincial plan benefit. This approach has not eliminated extra-billing but has controlled it more effectively than has been the case in provinces such as Alberta which have allowed doctors to bill both the plan and the patient. Some other provinces have managed to virtually eliminate extra-billing through negotiations with the provincial medical associations.

The federal government is not attempting to impose a single approach to dealing with the problem. It is concerned only with the essential end result — that patients are not faced with extra charges at the time of illness and are not expected

to negotiate fees with doctors on an individual basis. We are convinced that this can be achieved without denying Canadian doctors the opportunity to find both professional satisfaction and reasonable monetary compensation for their work.

Consequences of Direct Charges

Studies have shown that direct charges are indeed an effective deterrent — but only for the poor, the elderly and those with large families. In fact, a study of response to user charges for doctors' services in Saskatchewan in the late 1960's, shows that the poor used less services but that there may have been an increase in use by those with middle and upper incomes. A study of extra-billing by Ontario physicians, by Professors G.L. Stoddart and C.A. Woodward, commissioned by Mr. Justice Hall's 1979 Health Services Review, showed that those with lower incomes are more likely to reduce use or delay treatment due to extra charges. They concluded that "Nearly twice as many poor as non-poor report the cost of doctors' services creates a financial problem for them". In both that survey and studies of physicians' extra-billing in Alberta, it has been shown that 'exemptions' from extra-billing for the poor do not always prevent extra-billing of people on social assistance or limited incomes.

Consider as well the overall effect of such charges on universal health insurance: if direct charges become extensive, well-organized groups will demand supplementary private coverage to protect themselves. While many of the provinces now prohibit supplementary insurance for publicly insured services, this ban will be extremely difficult to maintain if direct charges keep increasing. With such insurance available, any potential deterrent effect would be completely lost on those covered — and the final result will be to leave only the unorganized, the poor and the elderly to face a bill every time they are sick. In fact we are already witnessing the appearance of private coverage in the form of plans which provide cash benefits — a situation which could

lead to better access for those who can afford such extra insurance.

Extra-billing creates problems for people who find that it is not always possible or realistic to "shop around" for a doctor who does not extra-bill. Research conducted by Professors G.L. Stoddart and C.A. Woodward in 1980, on behalf of Mr. Justice Hall, found that, in the surveyed communities, "more than one-fourth of the poor indicate that it is hard to find a doctor they can afford to see in their home community." Concentrations of extra-billing by physicians in specific specialties or in geographic areas has made this a real obstacle to health care.

Extra charges raised by physicians may, on the other hand, be a significant source of income for some doctors. It is estimated in Alberta that average income from billing above the amount authorized by the provincial plan was about \$1,200 per month in 1982, for each doctor who made at least some direct charges to patients. Of course there are wide variations in the proportions of total income derived from extra-billing: some doctors may have collected much less and some considerably more. However, for extra charges by physicians to make a significant difference to public costs, all or most doctors would have to be applying them, and these charges would have to be a significant portion of doctors' incomes so that provincial fee schedules could be sharply reduced. Available information shows that physicians who are among those receiving the highest public payments are often those also involved in extra-billing.

In addition to their negative consequences for the sick and the health care system, direct charges are a very small source of revenue. For example, it is estimated by the Government of Alberta that their proposed new charges will raise \$17 million to \$32 million a year. While this sounds like, and is, a great deal of money, it is only about one per cent of the cost of operating Alberta's overall health system. User charges would have to be a significant percentage of the actual daily cost of a hospital bed (about \$300 in

1982) before they could make a meaningful contribution to the total cost of hospital care. The problem is that while such charges are a poor source of revenue for the system, they may pose significant financial barriers for some individuals.

We have already seen that health care spending in Canada is not out of control at all. Indeed, many health economists believe that it is because of Medicare that we have been able to keep our spending down. As long as direct charges are minimal, the overall budget for health services must flow through a single source: namely, provincial governments. With significant direct charges, the sources of funds would expand to include patients and supplementary insurers. Without a single agency to allocate resources, spending could well begin to "spiral uncontrollably" in a way they have not done up to now. For example, commercial insurance carriers must collect substantially more from their subscribers in the form of premiums than is required to pay claims and administrative charges due to such factors as sales commissions; the necessity to make profits and/or accumulate reserves, and/or pay dividends. Latest available figures show that the cost of administering the public health insurance plans in Canada represents an overhead of about 2.5 per cent as opposed to approximately 12.5 per cent in the U.S. for the mixture of commercial and non-profit plans which exist in that country.

The Patient's Viewpoint on Direct Charges

From the patient's viewpoint, user charges and extra-billing are the same: they amount to extra charges that the individual must pay for directly, after he or she has already paid for health care through both federal and provincial taxes. For the consumer, the fact that these extra charges are levied by provincial governments through the hospital system or by doctors through office visits is irrelevant. The reality is an additional, often unexpected, charge.

The vast majority of Canadian families could not pay the real cost of health care. As a community, they rely on Medicare. They may not understand how it works; they may be unable to articulate their concerns; they may not know the real costs of health care and how we pay for it; but Canadians do realize that we enjoy one of the best health systems in the world. It is prepaid — "free" when they need it.

It is understandable that some individuals are worried now about how they will pay for health bills. We must reassure them that there is no reason for such anxiety. The new Canada Health Act will identify extra-billing and user charges as specific barriers to reasonable accessibility. However, if some provinces still permit extra-billing, patients should be promptly reimbursed in the amounts provided for by the provincial plans, as is now done in certain provinces, such as Ontario.

Canadians pay taxes so that prepaid health care services will be available to every resident of Canada, and the Government of Canada bases its support to provincial plans on the entire provincial population. In most provinces everyone is automatically entitled to insured health services simply by registration with the provincial plan, although there may be a short waiting period.

However, in British Columbia, Alberta, Ontario and the Yukon, premiums are used to finance part of the cost of health insurance. Residents of British Columbia and Ontario (and Alberta beginning later this year) may find themselves uninsured because they have not paid their premiums. This may occur in situations such as unemployment where the employer had previously paid the premiums; departure from parents who had paid family premiums; separation from a family head who was responsible for premiums; relocation to a province where premiums are required; or death of the family head who took care of premiums.

It is difficult to estimate the exact dimensions of this problem. According to the Health Services Review carried out in 1979 by Mr. Justice Emmett Hall, the numbers are unknown but the experience of some physicians, especially those practising in low-income areas, suggests the number may be substantial.

Some of those who are not insured will be unable to pay the bill themselves. The bill will therefore go unpaid unless the provincial plan picks up the charges. This situation may understandably make patients reluctant to seek care and could make physicians and hospitals reluctant to provide services. This is not what we want in Canada! Patients should have the security of knowing that they are entitled to needed care.

Questions are also raised from time to time about the appropriateness of using premium financing for health insurance. According to the Canadian Constitution, provinces have the right to levy any direct tax. This includes compulsory premium payments for health insurance. The Government of Canada cannot interfere with the form of taxes provinces use to raise their revenues. This is solely a provincial decision.

The Government of Canada does, however, offer a substantial contribution to each of the provinces to help pay for health insurance. Since the amount of the federal contribution is fixed according to the total population of the province, the Government of Canada believes that provinces accepting the contributions should be willing to undertake that all of their residents are equally insured. This means that residents should not be denied coverage because they have not been able to pay all their premiums or other taxes due to unemployment or some other problem. The new Canada Health Act will require, as a condition for receiving a full Government of Canada contribution for health, that *all* residents in the province be entitled to insured health services.

Medicare Should Protect Canadians Everywhere

The Canadian system of health care should also allow all Canadian residents to retain their entitlement to insured health services as they move from province to province and even when they are temporarily out of the country.

In practice this means that a resident of Canada should be able to receive insured health services in another province with the clear understanding that governments, not the patient, will settle the bills. When travelling outside Canada, it is reasonable for Canadians to expect their provincial plan to reimburse them for emergency medical treatment at least up to the value for comparable services in their home province. Of course it is also reasonable for a provincial plan to require

prior approval for elective care outside the province.

There has been an agreement between the provinces and the Government of Canada on portability of hospital and medical care insurance since 1972. Improved arrangements for settling in-patient and outpatient services claims have been completed in 1981 and 1983. Discussions concerning portability of physicians' services are in progress.

The growth in direct charges for hospital and medical services in some provinces adds further to the difficulty of making Medicare fully portable. It is hard for anyone to know how much care is actually covered by Medicare, and how much one must expect to pay out of pocket. This now depends increasingly on where one is in Canada. Will a resident of Manitoba hospitalized in Alberta have to pay \$20 a day? Will this be reimbursed by the Manitoba plan?

Portability is a fundamental principle that has been a central federal concern in Medicare. Canadians should be treated as first-class citizens wherever they go in this country. The Government of Canada would not accept a situation which could lead to the need for residents of one province to purchase "extra" insurance when visiting another province.

What Can the Government of Canada Do to Preserve Medicare?

The federal government can preserve Medicare by providing substantial financial contributions to provinces, and by attaching general conditions to these contributions in order to ensure that all residents of Canada have reasonable access to a specified range of insured health services, and that they benefit from their health insurance coverage when they are temporarily outside their home province or when they move from one province to another.

Government of Canada Contributions

In 1977 federal financing went from two cost-sharing formulae, whereby the federal government covered, overall, fifty per cent of hospital and medical costs across Canada to block funding where the amount of the funding increases automatically at the rate of increase of the Gross National Product and the population rather than according to provincial spending.

In the negotiations various additions were made to the block funding. These included a substantial Extended Health Care grant and an addition to the block funding to compensate for the termination of the Revenue Guarantee Program.

The Revenue Guarantee Program was introduced in 1972 to help the provinces over the transitional period required for them to adapt to the tax reform measures announced in 1971. It expired in 1977, but the federal government agreed to provide further compensation, at provincial request. The compensation was not related to health care and post-secondary education costs, and the provinces themselves have argued that it should

not be counted when computing federal financing for those programs. This interpretation was also accepted by Mr. Justice Emmett Hall in his 1980 report. Under an amendment to the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, the compensation for the termination of the 1972 Revenue Guarantee Program was ended on April 1, 1982.

There has been no reduction in federal support for health care and there has been no change in the federal government's position on the principles of Medicare. In fact, the opposite situation is true. Cash payments and tax points for health programs, on a per capita basis, continue to be increased in accordance with the three-year moving average in the growth of the Gross National Product. See Chart 3.

Chart 3

Federal Government Contribution (excluding Revenue Guarantee) to Provinces in Respect of Health Care

Year	Contribution	Increase over
		previous year
	\$ million	\$ million
1977-78	4,673	
1978-79	5,345	672
1979-80	6,094	749
1980-81	6,814	720
1981-82	7,631	817
1982-83	8,512	881
1983-84	9,354	842

Source: Department of Finance, Canada.

In 1983, as part of the "6 and 5" program of expenditure restraint, per capita increases in the post-secondary component of the block funding were limited to six per cent in 1983-84 and will be limited to five per cent in 1984-85. The health part

of the block fund is specifically not subjected to the restraint program. This is one of the very few exceptions to "6 and 5" and was made because of the Government of Canada's commitment to maintain the principles of national health insurance.

As we have seen, health care spending is not driving the provinces to bankruptcy. The current malaise in the health care system is due neither to the overall level of funding nor the size of federal contributions.

Federal Health Legislation

Right now the Government of Canada contributes \$9.3 billion to the provinces and territories for health care for Canadians. The conditions which the provincial or territorial governments are required to meet to be eligible for the cash portion of the contributions are: universal coverage of population, reasonable access to services unimpeded by charges or other factors, coverage of a comprehensive range of basic health services, portability and public administration of their health insurance plan on a non-profit basis.

The two Acts defining these conditions are now twenty-five and seventeen years old respectively. At the time they were written there was a good understanding of what the conditions meant and that we were evolving toward a universal health insurance system. The conditions were not defined precisely enough to close all the "loop-holes". For example, "reasonable accessibility" was defined only in general terms, and the wording is not specific enough to make any particular level of extra-billing or user charges clearly a contravention of the conditions of the current Medical Care Act.

A further problem with the existing Acts lies in the financial penalties which will apply if the conditions set out by Parliament for the transfer of funds are not observed by the provincial governments. Under the existing Acts, the Government of Canada must withhold all of the monthly cash advance for the particular program to a province for each month in which the conditions are not being met.

The total health contributions to provinces by the Government of Canada are very large. Any province consistently refusing to meet conditions and therefore losing its federal cash contributions would likely be severely strained to replace the federal cash. As a result, the effect of withholding the total contribution may be to disrupt health services in the province. This would be the last thing the Government of Canada would intend to have happen to Canadians. The treatment of the problem might then create a situation worse than the problem itself.

A less drastic action, still commensurate with the seriousness of not meeting conditions, would be to withdraw only part of the money. This type of partial penalty is not allowed in the current health insurance acts, although prior to 1977 the dollar value of hospital user charges was deducted from the provincial expenditures before the federal contribution was calculated.

The first reaction to this kind of action is that this can only hurt health care even more! What is the good of taking money away from a province which says it must have direct charges to pay for health services? As we have seen earlier, however, direct charges constitute only a small percentage of the spending on insured health services. Deduction of similar amounts from payments to a province would not result in crippling reductions. Nevertheless, such reductions in payments would be a significant disincentive to the provinces to permitting or imposing direct charges.

What do Canadians Want?

The people of Canada want a system with access genuinely unhindered by financial barriers. While the Government of Canada is precluded by the Constitution from implementing direct regulations to this effect, it is the federal government's mandate to refuse to pass on taxpayers' money to support those aspects of provincial legislation which do not provide reasonable access. If provincial governments wish to allow extra-billing

or to introduce or increase user charges, the federal government cannot directly stop them from doing so. Provincial authorities are ultimately answerable to their own voters in this respect. Only the provinces have the mandate to legislate the control or elimination of extra-billing and user charges. But the Government of Canada is also answerable for how it spends its tax dollars, and it believes that those dollars must not be used to support direct charges on the sick. The Government of Canada is not seeking more control over the delivery of personal health services. It is simply seeking to preserve the basic principles of Medicare.

Summary

Medicare is being eroded by the spread of direct charges in the form of user charges and extra-billing. Existing legislation is not adequate to deal with the problem because it does not clearly tell the provinces, health care providers and the public that direct charges for health services will not be supported. It is time for a new Canada Health Act.

The new Canada Health Act, which will be introduced to Parliament in fall of 1983, will be the next step in a quarter century of effort to guarantee that every resident of Canada has access to insured health services on a fully prepaid basis. To many Canadians, the new Act's provisions will not be a big change from the present legislation, but rather a consolidation and improvement of what is already in place: in many provinces the full benefits of Medicare are still in effect. But the erosion of Medicare is sufficiently widespread to constitute a national problem, and that is why the Government of Canada must take action to prevent further growth in direct charges.

We cannot preserve Medicare by charging the sick; we cannot preserve Medicare by encouraging doctors to practise outside of it; we cannot preserve Medicare by judging who is poor and who is not. We can only preserve Medicare by ensuring its basic principles.

Nous ne pouvons pas préserver l'assurance-santé en faisant payer les malades, ni en encou-
rageant les médecins à exercer en dehors des cabinets des régimes, pas plus qu'en jugeant qui est pauvre et qui ne l'est pas. Nous pouvons préser-
ver l'assurance-santé seulement si nous garantissons que les principes de base en sont respectés.

La nouvelle Loi sur la santé au Canada, qui sera présentée au Parlement à l'automne 1983, sera la prochaine étape d'un long cheminement pour garantir à tous les résidents du Canada Lac- cès aux services d'assurance-santé payés par anti- cipation. Pour bien des Canadiens, les dispositions de la nouvelle loi représenteront une consolidation. Cependant, il y a toujours des canismes déjà en place, plutôt qu'un changement marqué par rapport aux lois actuelles: dans plusieurs provinces, la population peut encore se prevaloir de tous les avantages de l'assurance- sociale. Il reste que l'érosion du système est assez importante pour constituer un problème dénué- gneur national, et c'est pourquoi le Gouvernement du Canada doit passer à l'action si l'il veut empê- cher que s'étende encore la pratique des frais directs.

L'imposition de plus en plus répandue de frais directs sous forme de frais modérateurs ou de surfacturation menace d'éroder l'assurance.

La première réaction à cette mesure, c'est qu'elle ne peut que nuire encore plus à l'appa-
rtheid de soins! Quel avantage y a-t-il en effet
à privier d'argent une province qui dit qu'elle
doit exiger des frais directs pour payer les ser-
vices de santé? Comme nous l'avons vu préce-
demment, les frais directs ne constituent qu'un
pourcentage négligeable des dépenses engagées
pour les services de santé assurés. Le fait de
retenir des montants équivalents sur les pale-
ments versés aux provinces nécessaires n'entraînerait pas
de réductions paralyssantes. La réduction des
paiements aurait néanmoins un effet dissuasif
appréciable pour les provinces tentées d'auto-
riser ou d'imposer des frais directs.

La population du Canada veut un régime de
santé où l'accès aux services assurés est verta-
ble et la Constitution l'empêche d'établir lui-même des
lois provinciales qui empêchent un accès raison-
nable aux services de santé. Si les gouvernements
provinciaux veulent autoriser la surfacturation
ou instaurer ou augmenter les frais moderateurs,
le gouvernement fédéral ne peut les empê-
cher directement. Ce sont les autorités provin-
ciales qui doivent, en définitive, rendre des
lois visant à limiter ou à supprimer la surfa-

tureation et les frais moderateurs. Mais le Gou-
vernement du Canada doit aussi rendre compte
de la manière dont il dépende largement des con-
tribuables et, selon lui, cet argent ne doit pas
servir pour supporter les frais directs imposés
aux malades. Le gouvernement ne cherche pas
à exercer un plus grand contrôle sur le mode de
distribution des services de santé. Ce qu'il veut,
c'est simplement préserver les principes fonda-
mentaux de l'assurance-santé.

Que veulent les Canadiens?

évolution vers un régime d'assurance universelle des soins de santé. Or les conditions n'ont pas été assez précises pour prévoir toutes les éventualités. L'accès raisonnable, par exemple, n'est défini que d'une manière générale et le libellé n'est pas assez précis pour qu'un seul montant de frais supplémentaires ou de frais modérateurs constitue clairement une infraction à la Loi sur les soins médicaux.

Littés financières qui s'appliquent en vertu des deux lois si les gouvernements provinciaux n'observent pas les conditions établies par le Parlement pour le transfert des fonds. Aux termes des lois existantes, le Gouvernement du Canada doit rentrer dans les mois où les conditions ne sont pas remplies dans le cas de l'un ou de l'autre des pro-

grammes.

Le total des contributions que le Gouvernement du Canada verse aux provinces pour les services de santé est très important. Une proportion importante de ces contributions au sein de la province de Québec peut-être enterrée, fédérale. Si la contribution totale était retenue, cela pourrait entraîner une interruption des services de santé dans la province. C'est la dernière chose que le Gouvernement du Canada voudrait pour les Canadiens. Cette solution pourrait créer une situation pire que le problème à régler.

Une mesure moins radicale, mais qui corrèse pond quand même au caractère grave du refus de se plier aux conditions, serait pour le Gouvernement fédéral de ne retenir qu'une partie de l'argent. Or, les lois qui régissent actuellement l'assurance-santé ne permettent pas cette amende partielle, même si avant 1977 la valeur monétaire des frais modérateurs était soustraite des dépenses provinciales avant le calcul de la contribu-

tion fédérale.

Les deux lois qui définissent ces conditions datent, l'une de vingt-cinq ans, l'autre de dix-sept. A l'époque où elles ont été mises en vigueur, les intérêses satisfaient bien ce que les conditions signifiaient et comprenaient qu'il sagissait d'une

A l'heure actuelle, le Gouvernement du Canada verse aux provinces et aux territoires une contribution de 9,3 milliards de dollars au titre des soins de santé assurés aux Canadiens. Le Gouvernement provincial ou territorial doit statiser les conditions sanitaires pour être admis à la partie de contributions en espèces: protection universelle de la population, accès raisonnable aux services et libre des obstacles que représentent les frais supplémentaires ou d'autres facteurs, garantie d'une gamme complète de services assurés, transférabilité, et administration du régime provincial d'assurance-santé par un organisme rés.

Législation fédérale sur la santé

Année	Augmentation par rapport à l'année précédente	Contribution de l'État	en millions de dollars
1977-1978	4 673	5 345	749
1978-1979	6 094	6 814	720
1979-1980	6 094	6 814	749
1980-1981	7 631	7 631	817
1981-1982	8 512	8 512	881
1982-1983	9 354	9 354	842
1983-1984			

Tableau 3

prolonger la compensation à la demande des programmes. Cette compensation prolongée n'était pas vielle, mais soutenu qu'elle ne devrait pas être complète dans le calcul des contributions fédérales à ces programmes. Cette interprétation a aussi été retenue par le juge Emmett M. Hall dans son rapport de 1980. En vertu d'une modification à la Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, la compensation prévue pour la cessation du programme de garantie des recettes

mais le gouvernement fédéral a consenti à fiscale annoncées en 1971. Il prendrait fin en 1977, nécessaire pour s'adapter aux mesures de réforme pendant la période de transition qui leur étais été mis en place en 1972, afin d'aider les provinces à l'établissement du programme de garantie des reçettes avait une subvention substantielle versée pour les services communautaires de santé, et un montant ajouté à la contribution globale pour compenser Au cours des négociations, différentes additions ont été faites à la formule du financement global. Elles comprenaient notamment selon les dépenses provinciales.

d'accroissement de la population plutôt que mentation du produit national brut et le taux d'automatisation selon le taux d'augmentation global où le montant des contributions augmente remplaçees par une formule de financement soins hospitaliers et médicaux au Canada, ont assumé, en moyenne, la moitié du coût des coûts selon lesquelles le gouvernement fédéral En 1977, les deux formules de partage des Contributions du Gouvernement du Canada

ou lorsqu'ils voyagent d'une province à une autre, trouvent provisoirement hors de leur province protection de leur assurance-santé lorsqu'ils se déplacent dans un autre état. Le gouvernement fédéral peut sauvegarder les assurances-santé au moyen de subventions conditionnelles dépendant des conditions générales pour garantir un accès raisonnable à une gamme précise de services de santé assurées à tous les résidents du Canada afin qu'ils puissent bénéficier de la tributaires financières aux provinces en imposant tributions financières au moyen de subventions conditionnelles dépendant des conditions générales pour garantir un accès raisonnable à une gamme précise de services de santé assurées à tous les résidents

Que peut faire le Canada pour sauvegarder l'assurance-santé?

debourser 20 \$ par jour? Est-ce le régime du Manitoba qui le remboursera?

La transférabilité est un principe fondamental qui a toujours été au cœur des préoccupations du gouvernement fédéral en matière d'assurance-santé. Les Canadiens devraient être traités comme des citoyens à part entière où qu'ils aillent au pays. Le Gouvernement du Canada ne pourraît pas accepter une situation où les résidents d'une province devraient se procurer une assurance «supplémentaire» quand ils se rendent dans une autre province.

L'assurance-santé dévrat protéger les Canadiens partout

Dans la pratique, cela signifie qu'un résident du pays. même quand ils sont temporairement à l'extérieur quand ils vont d'une province à une autre et permettre à tous les résidents du Canada de conserver leur droit aux services de santé assurés du Canada dévrat pourvoir bénéfice autre que la sienne, et qu'il est bien entendu que ce sont les gouvernements, pas le malade, qui régleront la facture. Quand ils voyagent à l'étranger, les Canadiens devraient raisonnablement pouvoir s'attendre à ce que leur régime provincial leur rembourse les soins hospitaliers et médical leur rembourse moins au taux prévu pour des services comparables dans la province où ils habitent. Evidem- ment, il est raisonnable aussi que les régimes provinciaux exigent que les résidents obtiennent l'autorisation préalable avant d'obtenir des soins facultifs hors province.

Depuis 1972, un accord existe entre les pro-

vinces et le Gouvernement du Canada relativement à la transférabilité des avantages de l'assurance-santé. De meilleure modalités visant le règlement des hospitalisations et de l'assurance-santé-médical, l'accroissement des frais directs au titre des médecins se poursuivent.

Depuis 1972, un accord existe entre les provinces et le Gouvernement du Canada relativement à la transférabilité des services des hôpitaux et certaines services hospitaliers et médicaux dans certains transférables. Personne n'arrive aisément à les avantage de l'assurance-santé entièrement provinciales vient ajouter à la difficulté de rendre certains hôpitaux et médical dans certaines combien on doit s'attendre à payer de sa poche, cela dépend de plus en plus maintenant de l'emplacement où l'on vit au Canada. Le résident du Manitoba qui est hospitalisé en Alberta devrait-il

De temps à autre, des questions sont égale-
ment soulevées au sujet de l'opportunité de
recourir aux primes pour financer l'assurance-
sante. Selon la Constitution canadienne, les
provinces ont le droit de prélever des impôts
directs. Cela comprend les primes obligatoires
à taux uniforme par personne ou par famille. Le
Gouvernement du Canada ne peut intervenir à
l'égard du mode d'imposition adopté par les provinces
recoivent pour prélever leurs revenus. C'est là
une décision qui leur appartient exclusivement.

impaie a moins que le gouvernement provincial ne
se n charge. C'est une situation qui, on peut le
comprendre, ne disposerait peut-être pas les
malades à demander des soins et qui pourrait
avoir comme conséquence que les médecins et les
hôpitaux hériteront à dispenser les services. Ce
n'est pas cela que nous voulons au Canada! Ce
que nous voulons, c'est que les malades sachent
toute sécurité qu'ils ont droit aux soins

Il est difficile de sitimer les dimensions exactes du problème. Selon les conclusions du juge Emmett M. Hall, dans son Examens des services de santé 1979, le nombre de ceux qui ne sont pas assurés est inconnu, mais d'après Lefèvre-rience des médecins, surtout ceux qui exercent dans les régions défavorisées, il serait substantiel. Parmi les personnes qui ne sont pas assurées, certaines se sont incapables d'acquitter elles-mêmes les frais. Le compte reste par conséquent

Les Chaudières Payennet des importations pour que régimes conventionnelles soient mis à la disposition du Gouvernement de chaque résident du pays et le Gouvernement provincial. Dans la plupart des provinces, presque tous les habitants ont automatiquement droit aux services assurés au moment où ils s'inscrivent au régime provincial, même si l'on peut y avoir une courte période d'attente. Mais en Colombie-Britannique, en Alberta, en Ontario et au Yukon, des primes sont prélevées pour défrayer une partie de l'assurance-santé. Les résidents de la Colombie-Britannique, de l'Ontario, (et de l'Al.-partie de l'assurance-santé. Les résidents de la bertra plus tard, cette année) peuvent se retrouver sans protection pour n'avoir pas réglé leurs primes. Cette situation peut se présenter, par exemple, dans le cas d'un employé en chômage dont l'employeur payait les primes, après le départ du foyer parental si les parents payaient des primes familliales, à la séparation, quand le chef de famille acquittait les primes, dans le cas d'un déménagement dans une province où des primes sont exigées ou au décès du chef de famille et qui a été acquitté par le chef de famille jusqu'à ce qu'il soit payé par le nouveau propriétaire.

des frais supplémentaires qu'il lui faut acquitter alors qu'il a déjà défrayé ses soins de santé par la voie des impôts fédéral et provincial. Pour le consommateur, le fait que ces frais supplémentaires soient perçus par le gouvernement provincial lors de visites à leurs bureaux, n'a aucunement d'impact. Il sagit d'une note additionnelle, souvent né pourraient pas faire face au coût réel des soins. Elles s'appuient collectivement sur l'assurance. La grande majorité des familles canadiennes n'attendent, à acquitter, comment ce régime fonctionne, qu'elles soient dans. Il peut arriver qu'elles ne comprennent pas comment ils sont financés. Il n'en reste pas quelques ne connaissent pas le coût réel des soins moins que les Canadiens savent qu'ils bénéficient d'un des meilleurs appareils de soins au monde. Et que les soins sont payés d'avance, qu'ils sont incapables d'exprimer leurs préoccupations, qu'elles ne connaissent pas le régime fonctionnel, qu'elles soient moin de 50% de la population, il faut prendre en compte que les provinces ont une responsabilité importante dans la fourniture de soins de santé. Si certaines provinces continuent cependant de permettre la surfacturation, il faudra que les patients soient promptement remboursés des sommes prévues par le régime provincial comme cela se fait présentement dans certaines provinces comme l'Ontario.

Aux yeux du patient, les frais d'utilisation et la surfacaturation sont du pareil au même; ce sont

Point de vue du patient à Légaré des frais directs

non lucratif.

de régimes commerciaux et de régimes à but 12,5 p. cent et qui s'appliquaient à un amalgame situation à ceux des États-Unis qui totalisaient environ 2,5 p. cent des frais généraux par opposition à ceux d'assurance-santé au Canada représentait régimes d'assurance-santé le coût de l'administration des immeubles que le secteur des dividendes. Les toutes dernières données des profits, d'accumuler des réserves, ou de verser des commissions aux vendeurs, le besoin de faire administratifs qui entraînent les facteurs tels que salaires pour couvrir les reclamations et les frais de leurs assurances sous forme de primes nécessaires à prélever des sommes beaucoup plus substantielles compagnies d'assurance commerciale doivent jamais fait jusqu'à présent. Par exemple, les commencer à « sembailler » comme ils ne l'ont des ressources, les coûts pourraient fort bien une agence unique responsable de l'affiliation malades et les assureurs supplémentaires. Sans suffisamment importants pourraient une division des services provinciaux. L'imposition de frais vernement longtemps que les frais directs servent réduits aussi nous avons pu freiner nos dépenses. Tant que c'est justement à cause de l'assurance-santé plus est, bien des économistes de la santé croient que c'est justement à cause de l'assurance-santé au minimum, le budget global des services sanitaires doit provenir d'une seule source: les goulards de santé ne sont pas débridées du tout. Qui nous avons déjà vu qu'au Canada les dépenses de santé ne sont pas débridées du tout. Qui

individus.

un fardeau financier important à certains cas, il se peut qu'ils imposent en même temps revenu marginal pour le gouvernement provincial. Si, d'une part, ces frais constituent une source de trésor ensemble des dépenses des soins hospitaliers, avant qu'ils puissent réduire de façon significative l'hôpital (environ 300 \$ en 1982) réel d'un lit d'hôpital (environ 300 \$ en 1982)

Outre les effets néfastes pour les malades et le système de santé, les frais directs rapportent de très faibles revenus. Par exemple, le gouvernement de l'Alberta estime que les frais qu'il entende introduire représenteront entre 17 et 32 millions de dollars par année. Même si cela semblerait beaucoup d'argent, ce qui est le cas, ces revenus constituent à peine 1 p. cent des coûts de fonctionnement de l'ensemble du système de santé de l'Alberta. Les frais moderateurs devront sans doute un pourcentage élevé du coût quotidien de l'Alberta. Les frais moderateurs devront sans doute un pourcentage élevé du coût quotidien de l'Alberta. Les frais moderateurs devront sans doute un pourcentage élevé du coût quotidien de l'Alberta.

Les frais supplémentaires reclamés par les médecins peuvent, par contre, dévenir une source de revenu fort lucrative pour certains d'entre eux. On estime qu'en Allemagne, le revenu moyen pro- venant de la facturation au malade d'un montant supérieur au tarif prévu par le régime, s'élèvait à environ 1200 \$ par mois en 1982, pour chacun des médecins qui avaient perçu des honoraires directement de ses malades. Certes, il y a des variations sensibles dans la proportion des re- venus globaux de la surfacturation; certains mé- decins retrouvent beaucoup moins, et d'autres beau- coup plus. Pour que la facturation supplémentaire sur l'ensemble des coûts, tous les médecins, ou encore leur vaste majorité, devraient l'applicuer et elle devrait représenter une proportion très élevée de leur revenu et les barèmes d'honoraires démontre que les médecins qui sont parmi ceux qui régolivent les revenus les plus élevés du régime public sont peut-être aussi ceux qui pra-

supplémentaires. Les travaux de recherche menés par les professeurs G. L. Stoddart et C. A. Woodward en 1980, à la demande de l'honorable Juge Hall, ont révélé que plus du quart des pauvres disent qu'il est difficile de trouver un médecin qui les peuvent consulter là où ils habitent. La concentration de la surfracturation par des médecins dans certaines spécialités ou certaines régions fait que cette pratique entraîne véritablement l'accès aux soins.

souvent, tandis que les personnes à revenus moyens et élèves auraient consulté plus souvent. Une étude des frais supplémentaires exigés par les médecins de l'Ontario, menée par les professeurs G. L. Stoddart et C. A. Woodward et commandée en 1979 par le juge Hall dans le cadre de son Examen des services de santé 1979, a démontré lorsqu'il y a des frais supplémentaires à acquitter, que les gagné-petit sont plus susceptibles de se priver de consulter ou d'attendre pour le faire, mieux nanties, près de deux fois plus de pauvres que. Ils ont conclu que par rapport aux personnes toujours la surfacturation des prestataires de la «exemp- tions» dans le cas des pauvres ne préviennent pas médecins de l'Alberta démontrent que les «exam- plaires sociaux ou des personnes à revenu bas. Il faut aussi prendre en considération l'effet global de ces surcharges sur l'assurance-santé universelle; si les frais directs s'étendent davant- age, les groupes bien organisés vont exiger une couverture supplémentaire d'assurance privée pour se protéger. Bien qu'il soit impossible à l'heure actuelle, de se procurer de l'assurance supplémentaire pour des services publics déjà assurés, cette interdiction sera extrêmement difficile à maintenir si les frais directs continuent d'augmenter. Si une assurance de ce genre devient aussi disponible, les effets dissuasifs n'au- raient aucun intérêt pour ceux qui n'ont pas la chance de gagner assez de biens organisés, les pauvres et les personnes agées, aurait un complément à payer chaque fois qu'ils sont malades. Le fait est que la protection de l'assurance privée est déjà apparue sous forme de régimes qui offrent des prestations en espèces. Cette situation pourrait se traduire par une meilleure accessibilité pour ceux qui peuvent se permettre une assurance supplémentaire.

La surfacturation cause des problèmes aux usagers qui ne sont pas en mesure de «magasiner», faute de moyens ou de disponibilité, pour trouver un médecin qui nécessite pas de frais sinquer», au contraire de «magasiner».

montrer que les indigènes ont consulté moins
d'unités en Saskatchewan à la fin des années 60,
modérément pour les services médicaux intro-
breuses. En fait, une étude des réactions aux frais
sommes âgées et celles qui ont une famille nom-
efficace — pour les personnes démunies, les per-
constituent bel et bien une mesure de dissuasion
Des études ont démontré que les frais directs

Consequences des frais directs

tion raisonnable.
de satisfaction professionnelle et d'une remunera-
tio réalisable sans privier les médecins d'occasions
gouvernement fédéral est convaincu que cela est
viduellement d'honoraires avec les médecins. Le
sont malades et qu'ils n'aiment pas à discuter indi-
n'aiment pas à faire face à des surcharges lorsqu'ils
se préoccupent que du résultat final: Il ne
ser une fagot unique d'aborder le problème. Il ne
Le gouvernement fédéral n'essaye pas d'impo-

rovinciales.
négociations avec les associations médicales
mieux virtuellement la surfacturation grâce à des
Quelques autres provinces sont parvenues à éli-
medecins de facturer et le régime et le patient.
provinces comme l'Alberta qui permettent aux
plus efficacement que ce nest le cas dans des
la surfacturation, mais la controverse beaucoup
Cette fagot d'aborder le problème n'a pas éliminé
côte être entièrement rembourser par le régime.
Les médecins des affiliés ne doivent pas être payés
provincie. L'Ontario, par ailleurs, est davis que si
à toutes fins pratiques inexistante dans cette
provinciale. Il en résulte que la surfacturation est
cipants ne peuvent être remboursés par le régime
patients qui consultent des médecins non parti-
pratiquement impossible en décretant que les
surfacturation. Le Québec a choisi de la rendre
moyen à employer pour se débarrasser de la
Les provinces devront décider du meilleur
médicales.
d'excellence dans les barèmes, lors des négocia-
tions entre les provinces et les associations

des médecins la pratique et. Dans certaines parties du Canada, presque tous les médecins d'une spécialité dans une ville ou les relations dominante dans une grande ville sont plus étendues. Certaines pratiques sont toutefois limitées à une forme de médecine connue de la population pour l'expérience et le rendement supérieur, définis au préalable, la meilleure solution de l'impuissance d'une forme de médecine connue qui ne peuvent pas payer. Si les gouvernements provinciaux et les médecins sont malades et des soins de qualité moins coûteux à ceux qui peuvent se les payer quand ils sont disponibles à tous grâce au programme d'assurance-santé. Les Canadiens ne peuvent pas accepter un programme partiel qui assurent les meilleures soins à ceux qui peuvent assurer la sécurité sociale.

Gouvernement du Canada veut qu'il soit ac-

Si les soins de qualité supérieure existent, le siège ne sont pas satisfaisants du barème du régime. Soupplesse et d'offrir aux médecins une « soupape »

Certaines associations de médecins ont fait valoir que les barèmes des régimes provinciaux établissent rigides et ne valorisent par conséquent le montant qui leur est nécessaire et à le percevoir par la voie des impôts et non par l'imposition de surcharges arbitraires et incontrôlées à des personnes frappées par la maladie. Si

Certaines associations de médecins ont fait valoir que les barèmes des régimes provinciaux établissent rigides et ne valorisent par conséquent le montant qui leur est nécessaire et à le percevoir par la voie des impôts et non par l'imposition de surcharges arbitraires et incontrôlées à des personnes frappées par la maladie.

Certaines associations de médecins ont fait valoir que les barèmes des régimes provinciaux établissent rigides et ne valorisent par conséquent le montant qui leur est nécessaire et à le percevoir par la voie des impôts et non par l'imposition de surcharges arbitraires et incontrôlées à des personnes frappées par la maladie.

Certaines associations de médecins ont fait valoir que les barèmes des régimes provinciaux établissent rigides et ne valorisent par conséquent le montant qui leur est nécessaire et à le percevoir par la voie des impôts et non par l'imposition de surcharges arbitraires et incontrôlées à des personnes frappées par la maladie.

Certaines associations de médecins ont fait valoir que les barèmes des régimes provinciaux établissent rigides et ne valorisent par conséquent le montant qui leur est nécessaire et à le percevoir par la voie des impôts et non par l'imposition de surcharges arbitraires et incontrôlées à des personnes frappées par la maladie.

Certaines associations de médecins ont fait valoir que les barèmes des régimes provinciaux établissent rigides et ne valorisent par conséquent le montant qui leur est nécessaire et à le percevoir par la voie des impôts et non par l'imposition de surcharges arbitraires et incontrôlées à des personnes frappées par la maladie.

Autrement dit, la province est d'accord avec les autorités fédérales et provinciales qui ont déterminé que les dépenses de santé sont essentiellement liées à l'âge, au sexe et à la race. Cependant, il existe des différences entre les provinces et les territoires en ce qui concerne les dépenses de santé. Par exemple, les dépenses de santé sont plus élevées dans les provinces et territoires où la population est plus âgée et moins diplômée.

La surfacturation

Le Canada considère comme une menace à l'accès à la santé publique. Le problème est particulièrement préoccupant pour les personnes âgées et les personnes handicapées. Les dépenses de santé sont élevées chez ces groupes de la population. Cela se traduit par une augmentation des coûts de soins et une diminution de l'accès à la santé publique. Les dépenses de santé sont également élevées chez les personnes qui ont des problèmes de santé mentale ou physique. Cela peut entraîner une diminution de l'accès à la santé publique et une augmentation des coûts de soins.

Population aux coûts?

Frais modératifs: moyen de sensibiliser la

Il se pourrait fort bien qu'en Alberta, comme dans d'autres provinces, il faille remettre en question toute la responsabilité légale des conséquences administratives des hôpitaux ainsi que leur relation avec les ministères provinciaux. Il est sûr, toutefois, qu'il existe des moyens plus équitables et pratiques de contrôler les déficits que de penaliser des patients en leur imposant des frais d'utilisation.

Toutefois, les décisions relatives aux dépenses budgétaires et à rationaliser leurs dépenses. usagères, elle les forcera à se tenir à leurs limites financières en prélevant directement les sommes des exigéant des hôpitaux qu'ils récupèrent leurs dépenses. Autrement dit, la province est d'accord avec les autorités fédérales et provinciales qui ont déterminé que les dépenses de santé sont essentiellement liées à l'âge, au sexe et à la race. Cependant, il existe des différences entre les provinces et les territoires en ce qui concerne les dépenses de santé. Par exemple, les dépenses de santé sont plus élevées dans les provinces et territoires où la population est plus âgée et moins diplômée.

Lui en donne une fausse idée.

Le malade au coût des soins. Au contraire, cela pourrait bien être plus efficace que les frais modératifs; en effet, la facture de 100 \$ pour un traitement qui en vaut 5000 \$ ne sensibilise pas les patients à l'importance de la santé publique. Par exemple, certaines provinces ont adopté une méthode qui consiste à informer les patients en leur remettant un état de compte présentant le coût des soins qu'ils ont reçus. Cette méthode pourrait bien être plus efficace que les frais modératifs; en effet, la facture de 100 \$ pour un traitement qui en vaut 5000 \$ ne sensibilise pas les patients à l'importance de la santé publique.

Le Gouvernement du Canada reconnaît qu'il est utile de sensibiliser la population au coût des soins. Mais s'il s'agit seulement d'informer le coût des frais modératifs, il y a mieux que les frais modératifs.

Le Gouvernement du Canada reconnaît qu'il sommateur, il y a mieux que les frais modératifs.

Le Gouvernement du Canada reconnaît qu'il est utile de sensibiliser la population au coût des soins. Mais s'il s'agit seulement d'informer le coût des frais modératifs, il y a mieux que les frais modératifs.

Le Gouvernement du Canada reconnaît qu'il est utile de sensibiliser la population au coût des soins. Mais s'il s'agit seulement d'informer le coût des frais modératifs, il y a mieux que les frais modératifs.

Le Gouvernement du Canada reconnaît qu'il est utile de sensibiliser la population au coût des soins. Mais s'il s'agit seulement d'informer le coût des frais modératifs, il y a mieux que les frais modératifs.

Le Gouvernement du Canada reconnaît qu'il est utile de sensibiliser la population au coût des soins. Mais s'il s'agit seulement d'informer le coût des frais modératifs, il y a mieux que les frais modératifs.

Le Gouvernement du Canada reconnaît qu'il est utile de sensibiliser la population au coût des soins. Mais s'il s'agit seulement d'informer le coût des frais modératifs, il y a mieux que les frais modératifs.

Le Gouvernement du Canada reconnaît qu'il est utile de sensibiliser la population au coût des soins. Mais s'il s'agit seulement d'informer le coût des frais modératifs, il y a mieux que les frais modératifs.

Le Gouvernement du Canada reconnaît qu'il est utile de sensibiliser la population au coût des soins. Mais s'il s'agit seulement d'informer le coût des frais modératifs, il y a mieux que les frais modératifs.

sures disciplinaires, mais d'une façon indirecte.

au besoin d'exercer des restrictions et des mes-

discretions du conseil de l'hôpital, faisant ainsi face

de frais modérateurs, pouvant être imposés à la

stricts. La province a plutôt opté pour la création

ment des contrôles budgétaires et administratifs

ces conseils d'administration en imposant directe-

ment le règlement à simple dans l'autonomie de

provincial. Le gouvernement de l'Alberta

ne, les déficits étaient absorbés par le gouverne-

ministre provincial de la santé. Jusqu'à cette an-

percevoir des taxes et ils régionaient leur budget du

indépendants. Les hôpitaux n'ont pas le droit de

taxe incombe à des conseils d'administration

Alberta, par exemple, la responsabilité des hôpi-

taux les préoccupent tout particulièrement. En

de difficultés économiques. Les budgets des années

de restreindre les dépenses au cours de ces années

provinciaux sont néanmoins conscients du besoin

budget. Tel est bien le cas. Les gouvernements

reuses par rapport aux autres éléments de leur

annuel de santé sont substantielles, voire gene-

juste titre, que leurs augmentations du budget

La plupart des provinces sont d'accord, et à

Frais modérateurs: technique de gestion?

mediatement.

de savoir quand une maladie doit être traitée im-

ficile pour une personne sans formation médicale

manentes, et même provoquer la mort. Il est dif-

ficier des séquelles mentales ou physiques per-

formance des soins nécessaires peut très bien

que il n'ait pas les 10 \$ en poche. Retarder la

d'une meningite, qui n'iront pas à l'urgence parce

y en a aussi dont l'enfant est frêle à cause

vraux à l'urgence parce que la visite coûte 10 \$, il

des parents qui n'aiment pas leur enfant fîe -

cessaires que ceux qui le sont moins. Si il existe

affection probablement tout autant les soins ne-

se prevaloir ou non d'un service, les frais directs

tempé de soins où le malade est celui qui décide de

Dans le secteur relativement restreint du sys-

tant sur l'utilisation des services.

rechts pourraient peut-être avoir un impact impor-

ce secteur du système de santé que les frais di-

Frais modératours: échec aux abus?

Le motif le plus souvent invoqué pour limiter l'abus est la signature de certains documents administratifs. Or, quand on examine soigneusement le système de santé, il n'est pas du tout évident qu'il s'agisse là d'un véritable problème. Il existe en effet des abus, mais leur dire que ce sont débordée à la salle d'urgence, cela peut vous même chose pour tout le monde. Pour une infirmière débordée un client qui se présente pendant la soirée et se plaint d'une éruption violette de quatre jours.

Pour un médecin de famille, cela peut vouloir dire un patient dont les problèmes relevént plus du social que du médical. Pour le directeur d'hôpital, soins aigus plus longtemps que nécessaire. Ces cas sont effectivement des exemples d'un mauvais usage d'un service ou d'un autre. Il y aurait mieux à faire. Dans chaque cas, cependant, il existe un problème sous-jacent bien réel qui demande que l'on s'y arrête. Les patients n'ont peut-être pas frappé à la bonne porte, mais ils quant à la fagon dont la plupart des services de santé sont utilisés. L'hospitalisation est contrôlée par les médecins, et l'auto-hospitalisation est tout simplement impensable. La formation rigoureuse des médecins leur permet d'identifier eux-mêmes ceux qui n'ont pas besoin de soins hospitaliers. Les soins donneux aux patients hospitalisés reprennent plus de 70 p. cent des coûts des soins hospitaliers et médicaux et ce sont les médecins en définitive, non les malades, qui décident de l'utilité de ces services.

Puisque la plupart des visiteurs au cabinet sont amorcées par le médecin, soit en vue de consultation auprès de collègues ou de post-observation, il est évident que seul un petit pourcentage des consultations est attribuable aux visiteurs que le patient décide lui-même de faire. C'est uniquement dans la situation de ces services.

On aura donc constaté que l'assurance-santé est une réussite remarquable. Grâce à un processus évolutif, marqué par un minimum de bouleversements et de perturbations, un régime de soins universel rentable a été mis en place à l'intention de la presque totalité des résidents de notre vaste pays. Aujourd'hui, pourtant, cette réalisation semble menacée. On oublie la Legion paye. On passe outre aux legions d'autres pays.

Certaines personnes soutiennent à l'heure actuelle que l'on devrait re-introduire dans le système, des frais modérateurs à imposer aux usagers et abandonner le principe des soins complets gratuitement. Selon ces personnes, les «usagers» déboursent des suppléments lorsqu'ils ont besoin de soins afin d'empêcher «l'abus» du système, d'en réduire les coûts et d'en augmenter les revenus.

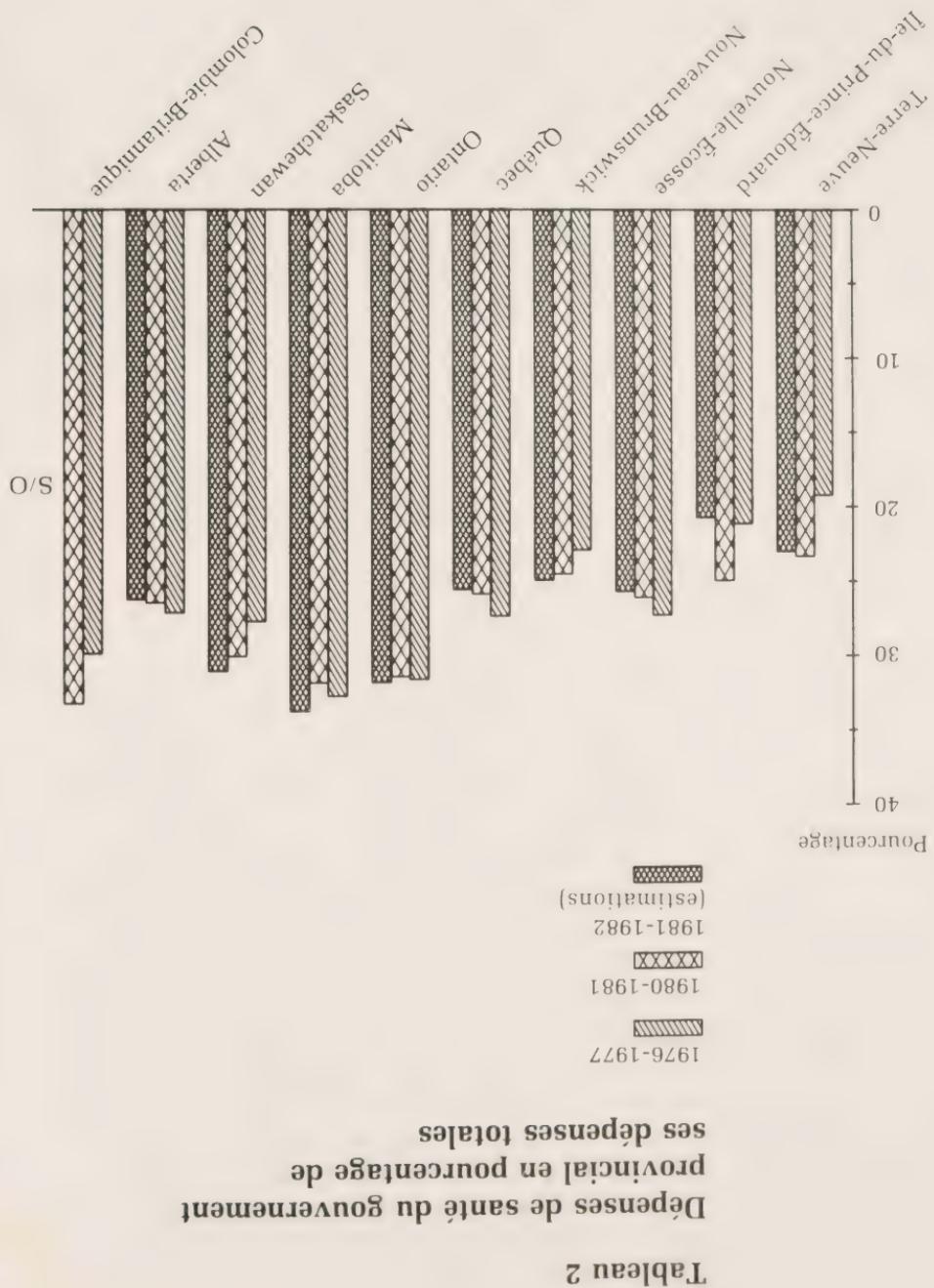
Le Gouvernement du Canada, tout comme les autres gouvernements et le secteur privé, se soucie de l'efficacité du système de santé, mais il est duisenet une préoccupation réelle, ne saurait être sanctifiée. Il faut d'abord préciser qui sont les «usagers» du système. C'est vous ou moi quiand nous sommes malades. Les frais modératurs imposés aux «usagers» ne sont, ni plus ni moins, pour le malade, que des frais directs souvent appelés «de dissuasion». Un examen refléchit démontre que les frais modérateurs ne peuvent avoir des répercussions très néfastes.

partisans. Ils peuvent même, en fin de compte, pas produire les résultats escomptés par leurs démonstrer que les frais modérateurs ne peuvent venir appeler «de dissuasion». Un examen refléchi- moin, pour le malade, que des frais directs sou- tenu et imposés aux «usagers» ne sont, ni plus ni moins, pour le malade, que des frais directs sou-

**L'assurance-santé
menacée par les
frais directs**

facile de constater que, dans quatre des dix provinces, les dépenses de santé ont effectivement diminué et représentent une plus petite proportion des dépenses totales. Pour les autres provinces, les dépenses de santé représentent un peu plus grandes pourcentage des dépenses totales, mais ces augmentations en pourcentage des dépenses provinciales sont relativement faibles dans la majorité des cas. Elles sont parfois le fait d'un élargissement des programmes provinciaux des soins assurés plutôt que d'une augmentation des coûts des services assurés précédemment.

Bien-être social.
Source: Ministère de la Santé nationale et du



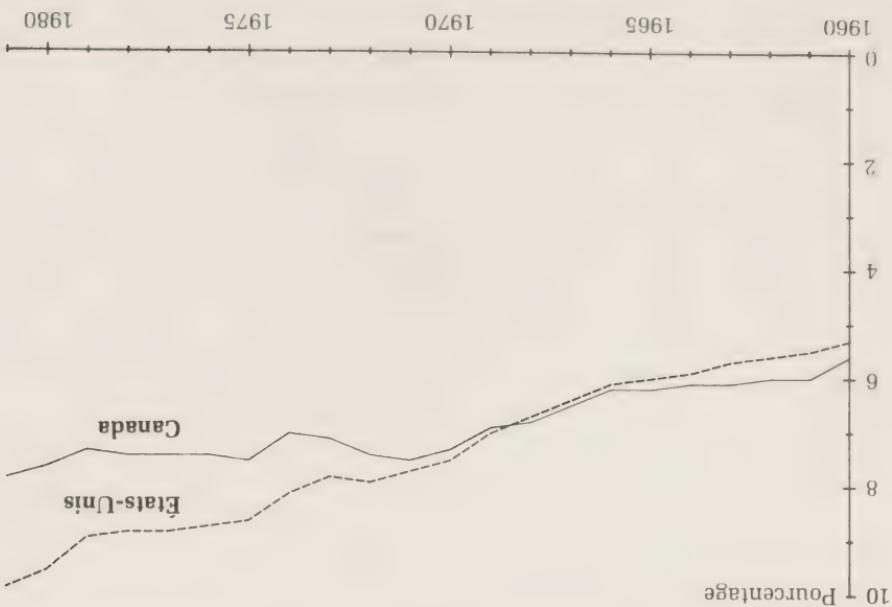
Le tableau 2 montre les dépenses provinciales de santé en pourcentage des dépenses des gouvernements provinciaux pour trois exercices, soit 1976-1977, 1980-1981 et 1981-1982. Il est

Même si les Etats-Unis dépendent relativement plus dans le domaine de la santé, les études menées pour le compte du gouvernement américain démontrent qu'à la fin des années 70, plus de 22 millions d'Américains n'étaient pas protégés par un régime d'assurance-santé et que plus de 2 millions d'Américains n'étaient pas protégés par un régime d'assurance-santé eux étaient protégés si leurs autres millions d'entre eux étaient protégés par des régimes exclusifs im-portantes et des limites quant aux avantages. La situation s'est maintenue exacerbée aux Etats-Unis à cause de la récession économique qui sevit et le chômage qui a entraîné la perte d'assurance-santé à des emplois.

qualité des soins. On y est parvenu en faisant la moyenne des couts pour l'ensemble de la population de chaque province et grâce au fonctionnement de régimes d'assurance à but non lucratif. Des régimes partielles, comme on en retrouve aux États-Unis, nécessitent un appui moins considérable de deniers publics, mais dans l'ensemble, il suffit tout aussi bien puisque les dépenses du gouvernement ajoutées aux couts directs imposés aux usagers des services s'inscrivent dans le coût national des services de santé. En 1979, le coût par habitant des soins hospitaliers, des honoraires médicaux et de l'administration publique et privée s'élevait à 476 \$ au Canada par rapport à 590 \$ aux États-Unis pour des services

dépenses de nos voisins les Etats-Unis. Il montre que la fiscalité canadienne est supérieure et que le rendement a été particulièrement bon. Cela démontre l'introduction du régime universel d'assurance-santé. C'est une image particulière du Canada qui a été donnée la quantité et la qualité des services dont les Canadiens bénéficient. Il n'est pas souvent fait mention qu'en vertu de l'accord système de préstation de soins, les programmes d'assurance-santé ont atteint le coût le plus bas par habitant tout en assurant la sécurité nationale brûlante depuis 1960, par rapport au rapport national sur les dépenses de nos voisins les Etats-Unis.

Source: Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.



Dépenses de santé (publiques et privées) en pourcentage du produit national brut

Tableau 1

La coexistence d'un appareil de soins national et de régimes privés d'assurance est une caractéristique intéressante du système anglois. Entre 1976 et 1981, le nombre de personnes protégées par l'assurance privée a doublé et atteint maintenant 7 p. cent de la population, en Grande-Bretagne. On estime cependant que l'assurance privée ne couvre que 60 p. cent environ des frais des patients.

Même si cet arrangement offre plus de protection que le système américain, il est clair qu'aucun des deux n'offre au public les mêmes avantages que le régime d'assurance-santé du Canada.

Le régime d'assurance-santé du Canada laisse les médecins libres d'exercer leur profession et d'être remunerés à l'acte sauf si ils choisissent une forme d'entente salariale. Ils peuvent exercer leur profession où ils veulent dans les provinces où ils détiennent un permis. Par contre, les patients sont libres de consulter le médecin de leur choix. La liberté de choix est la pierre angulaire du régime d'assurance-santé du Canada et le Gouvernement du Canada a nullifié l'intention d'y changer quoi que ce soit.

Les médecins ne sont pas obligés d'adhérer au régime si'ils lui préfèrent la pratique entière-ment privée. Ils peuvent se désaffilier et facturer leurs patients directement avec ou sans surface-ment public. Cent adhérents au régime d'assurance-santé et accaptent comme paiement complètement leur sout versées par les régimes provinciaux.

Certains avocats des frais directs ont sou-tenu que les provinces n'étaient plus en mesure de supporter tous les coûts de leurs programmes courants et que les frais directs supplémentaires soit 90 p. cent, adhérent au régime d'assurance-santé et accaptent comme paiement complètement leur sout versées par les régimes provinciaux. Ces derniers sont également responsables de certains coûts qui leur sont versés par les régimes majorité des quelque 40 000 médecins du Canada, soit 90 p. cent, adhérent au régime d'assurance-santé et accaptent comme paiement complètement leur sout versées par les régimes provinciaux.

L'assurance-santé est une bonne affaire pour les contribuables

Les médecins

exprimées par certains quant aux budgets «serres» au Canada ont augmenté de 17 p. cent au cours des hôpitaux, Les dépenses du secteur hospitalier de l'année précédente. Au cours de la période allant de 1970 à 1981, les dépenses des hôpitaux ont augmenté de 400 p. cent, bien au-delà du taux général d'inflation. Cette hausse des dépenses sous le régime de l'assurance-santé et au fonctionnement du régime. Par exemple, on a avancé que depuis quelque temps quant à la situation des médecins dans le régime de l'assurance-santé une dégradation de cette pratique entraînerait une dégradatior que certains pourraient dévenir des salariés et les médecins pratiquant dans l'assurance-santé et rammeut la pratique, aux systèmes de santé américains en revue et comparons-les, comme c'est souvent le cas dans l'assurance commerciale privée pour se protéger contre les coûts très élevés de la maladie. Les Unis, les médecins et les malades peuvent exercer leur choix, mais c'est aussi le cas au Canada.

Au Royaume-Uni, la plupart des omnipraticiens sont remunerés selon un système de capitalisation pour un groupe de malades; par contre, les spécialistes sont presque tous salariés. Les médecins non libres de choisir leur omnipraticien mais non leur spécialiste. Les malades peuvent des sortes libres de choisir leur omnipraticien de l'exercice privé, mais ils ne sont pas rembour-

L'assurance-santé est une bonne affaire pour les médecins

«restrictions» gouvernementales. Viennent contraindre la perception qu'à la public des «restrictions» gouvernementales.

Un bon nombre de mythes circulent depuis quelque temps quant à la situation des médecins sous le régime de l'assurance-santé et au fonctionnement du régime. Par exemple, on a avancé que cette pratique entraînerait une dégradatior que certains pourraient dévenir des salariés et les médecins pratiquant dans l'assurance-santé et rammeut la pratique, aux systèmes de santé américains en revue et comparons-les, comme c'est souvent le cas dans l'assurance commerciale privée pour se protéger contre les coûts très élevés de la maladie. Les Unis, les médecins et les malades peuvent exercer leur choix, mais c'est aussi le cas au Canada.

Au Royaume-Uni, la plupart des omnipraticiens sont remunerés selon un système de capitalisation pour un groupe de malades; par contre, les spécialistes sont presque tous salariés. Les médecins non libres de choisir leur omnipraticien de l'exercice privé, mais ils ne sont pas rembour-

U.S.A. Aux États-Unis, la situation qui existe actuelle-lement est semblable à celle que connaît le Canada avant l'avènement de l'assurance-santé. Aux États-Unis, la situation qui existe actuelle-ment est semblable à celle que connaît le Canada avant l'avènement de l'assurance-santé. Les médecins, il y a plus de 15 ans déjà. Les médecins médicaux, il y a plus de 15 ans déjà. Les médecins facturent leurs patients selon la capacité d'absorp- tion du marché, et les Américains doivent acheter de l'assurance commerciale privée pour se protéger contre les coûts très élevés de la maladie. Les pauvres et les personnes âgées doivent dépendre de l'aide du gouvernement. Bien sûr, aux États-

Unis, les médecins et les malades peuvent exercer leur choix, mais c'est aussi le cas au Canada.

L'assurance-santé est une bonne affaire pour les hôpitaux

d'accueil, les soins à domicile et d'autres soins complémentaires de santé. Ces contributions ne sont assujetties à aucune condition.

Toutefois, certains se sont dit d'avis que le contrôle des dépenses de santé a été trop efficace, ce sens que le système s'en trouve «sous-finance», et que les frais directs sont nécessaires pour fournir plus de revenus et «sauver Lassus». Ensuite, certains se sont dit d'avis que le système devrait veiller si le domaine de la santé négocie des fonds adéquats. Quant aux frais directs, ils ont éliminé certaines contraintes relatives aux priviléges des médecins dans les hôpitaux, en régionalisation des services, en prenant une meilleure utilisation des établissements de soins et en réduisant la durée moyenne du séjour. Il n'est pas rare que dans une même ville, un hôpital ait une liste d'attente alors qu'un autre n'en a pas ou dispense même de lits inoccupés.

Le rapport lits d'hôpitaux et population au Canada se compare favorablement avec celui des autres pays. Indépendamment des préoccupations d'assurance-santé, le rapport lits d'hôpitaux et population au Canada se compare favorablement avec celui des autres pays.

Bien peu de gens se souviennent de l'un des principaux motifs à l'origine de l'établissement de l'assurance-hôpitalisation: bien souvent, les hôpitaux étaient incapables de percevoir leurs cotisations à recevoir, ce qui entraînait une imprécision dans le calcul des bénéfices et des pertes des secteurs techniques et tous les employés des autres pour le personnel infirmier, les administrateurs, qui utilisent la réglementation. Les remboursements ont été intégrés à notre système national d'assurance-santé.

Toutefois, certains se sont dit «avis que ce sens que le système s'en trouve «sous-financement», et que les frais directs sont nécessaires pour fournir plus de revenus et «sauver Lassus». Ensuite, en matière de sous-financement, il faut veiller si le domaine de la santé régional des fonds adéquats. Quant aux frais directs, ils ont éliminé certaines contraintes relatives aux priviléges des médecins dans les hôpitaux, en régionalisation des services dans la même ville, un hôpital fait partie d'une liste de sites qui n'en a pas ou dispense même de lits inoccupés.

Le rapport lits d'hôpitaux et population au Canada se compare favorablement avec celui des autres pays. Indépendamment des préoccupations

Couvernement du Canada a offert aux provinces d'assumer 50 p. cent de l'ensemble des coûts annuels des services assurés. En contre-partie, en acceptant la contribution fédérale, les provinces s'engagent à assurer les services hospitaliers et médicaux prédictibles et à respecter certaines conditions portant sur l'universalité, la protection selon des termes et conditions identiques, l'accès-sitibilité, la transférabilité et l'administration publique.

Aux termes de la Loi sur l'assurance-hospita-
lisat^{ion} et sur les services diagnostiques (1957) et
de la Loi sur les soins m^édicaux (1966), le
progr^{amme} national d'assurance-sant^e.

Ce que le Gouvernement du Canada peut faire, c'est offrir des contributions financières aux provinces en y attachant des conditions. C'est grâce à de telles contributions conditionnelles que, fort de l'appui et de la coopération des provinces, le Gouvernement du Canada a créé les provinces canadiennes.

Par ailleurs, le Gouvernement du Canada ne pouvait établir un programme national d'assurance-maladie comme celui de la Saskatchewan. Notre Constitution fait de la santé un domaine francophone comme les autres. Cela dépend de la volonté des provinces et des territoires. Les provinces ont leur propre législation en matière de soins de santé. Elles sont responsables de la fourniture de services de santé aux citoyens. Le Gouvernement du Canada n'a pas de compétence provinciale pour réglementer la prestation des services de santé. Seuls les gouvernements provinciaux peuvent déterminer comment combiner les différentes catégories de personnels disponibles, qu'elles soient les fonctionnaires qui servent la population. Ce sont les provinces qui approuvent les budgets des hôpitaux et les associations barèmes d'honoraires avec les associations médicales provinciales.

apparition. Mais bien des Canadiens ne pouvaient pas s'assurer, entre autres causes, que leur conjointe comme mauvaises risques, notamment les personnes âgées et celles qui avaient déjà un problème de santé. Donc, avant l'inauguration des régimes publics d'assurance-hospitalisation en 1957, 40 p. cent des Canadiens n'étaient pas assurés et en 1967, lorsqu'un programme national d'assurance-santé fut mis en place, seulement deux tiers de la population étaient assurés par une assurance médicale privée.

La conception du programme de base tant des régimes nationaux d'assurance-hospitalisation que d'assurance-santé soins médicaux a été fortement influencée par les programmes faits antérieurement en Saskatchewahn. Ces dernières années ont également été marquées par une tendance à étendre les services de protection universelle offrant des régimes de protection sociale à des personnes âgées et aux personnes handicapées.

fait que nous bénéficiions de l'assurance-santé
 médicale et de l'assurance-hospitalisation dans
 chaque province, impliquées avec l'encouragement
 et l'appui financier du gouvernement fédéral et
 toutes une réussite. Après 25 ans de ce régime, les
 Canadiens savent que l'assurance-santé universelle
 est une pratique au principe de la transférabilité, est
 conforme au principe de la transférabilité, est
 toutefois réussie. Après 25 ans de ce régime, les
 pratiques et efficace, qui mérite d'être gardée.
 Le Gouvernement du Canada invite les Cana-
 diens et les gouvernements des provinces qui s'en
 soucient, à travailler en étroite collaboration pour
 préserver l'assurance-santé. Nous examinerons en
 détail dans les pages qui suivent, les problèmes
 auxquels nous faisons face actuellement. Tout le
 débat relève d'une idée directrice: celle d'une
 société humaine et généreuse, d'une société qui
 s'est engagée à prendre soin de tous ses citoyens
 tous, la même protection. Malgré la crise écono-
 mique qui a sévi, nous avons préservé les pro-
 grammes tels que les prestations de sécurité de
 la vieillesse et le supplément de revenu garanti,
 les allocations familiales et le régime d'assistance
 publique du Canada. Le défi de l'heure, c'est
 l'assurance-santé.

L'assurance-santé universelle:
une idée nouvelle?

L'assurance-santé universelle payée par anti-
 cipation est vue par certains comme une récente
 invention du gouvernement fédéral plutôt que
 l'aboutissement de la longue et fructueuse évolu-
 tion de notre système de santé.

Avant la Seconde Guerre mondiale, la plus
 grande partie des soins se payait de la même
 façon que tous les biens de consommation. De
 nombreux Canadiens se sont appauvris à cause
 de dettes engagées pour des soins de santé. De
 plus, beaucoup ont souffert parce qu'ils n'avaient
 pas les moyens de se payer les soins nécessaires.
 Ils ne se resignaient pas à réduire leur famille à
 la pauvreté ou à accepter la charité.

Après la guerre, des régimes commerciaux et

frais moderateurs.

3 Les **fracs directs** comprennent la surfacturation et les

charge par la Société tout entière.
Volila pourquoi le Gouvernement du Canada
désire réaffirmer, dans la nouvelle Loi sur La
santé au Canada, son engagement au principe
essentiel de l'assurance-santé universelle. Le
principe est simple: tous les résidents du Canada
doivent avoir accès aux services hospitaliers et
aux soins médicaux assurés dont ils ont besoin,
indépendamment de leur situation financière. Le

Le Gouvernement du Canada croit qu'un pays civilisé et riche comme le notre ne doit pas laisser les malades porter le fardeau financier des soins de santé. En bénéficiant d'une assurance payée à l'avance, nous pouvons tous profiter de la sécurité et de la serénité. La maladie qui nous atteint tous un jour ou l'autre est déjà suffisamment pénible à supporter; le coût des soins doit être pris en

Il est évident que les brevaches dans les régimes de protection vont continuer à s'élargir si nous ne faisons pas un nouvel effort concrète pour sauver- garder le principe de l'assurance-santé universelle. C'est maintenant qu'il faut choisir. Somes-nous capables, en tant que peuple, de laisser un nombre grandissant de nos compatriotes devenir victimes des failles de notre programme d'assurance-santé? Ou, au contraire, voulons-nous conserver l'assu- rance-santé et l'améliorer?

Tout service se paye, qu'il soit dispensé par l'Etat ou par le secteur privé. Les services de santé ne font pas exception à cette règle. Un lit d'hôpital, la consultation d'un médecin, un vaccin, tout cela entraîne des frais réels. Il ne s'agit pas de déterminer si le service sera payé ou non, mais de comment et quand il le sera.

des, même si pris séparément ces déboursés sont peu importants, l'idée d'une assurance totale, complètelement payée d'avance, perd du terrain. Le jour n'est peut-être pas très loin où nous aussi, nous pourrons nous indiquer non seulement de notre guérison, mais aussi de notre capacité de parler les soins dont nous aurons besoin.

L'assurance-santé est en effet, les traits directs, de négligeables qu'ils étaient, le sont de moins en moins et l'assurance-santé que nous connaissons se dégrade peu à peu. Par une accumulation de traits directs imposés aux mala-

examples.

Bien sûr, si vous souffrez de telle maladie,
vous êtes de tel âge ou si vous recevez tel revenu,
vous aurez peut-être la chance d'être dispensé.
Ainsi, en Alberta, on ne reclamerait pas de frais
supplémentaires dans le cas d'un enfant de moins
de 6 ans. A 7 ans, il en va autrement. Vous
pouvez aussi vous prévaloir d'une exemption si
vous gagnez peu; 3500 \$ de revenus imposables
pour un célibataire, 6000 \$ pour une famille. Les
malades atteints de certaines affections seront

Dans quelques parties du Canada aujourd'hui même, ces nombreux frais, qui ne sont pas tou- jours négligeables, peuvent finir par couter cher. En outre, il est tout probable que cette situation s'aggrave. Ce scénario est loin d'être de la spécu- lation pure. L'Alberta a annoncé son intention d'introduire, à la discrétion de chaque hôpital, des frais d'hospitalisation séparant jusqu'à 20 \$ par jour jusqu'à concurrence d'environ 300 \$ par famille, par année) et des frais de visite en con- sultation externe séparant à 10 \$, à partir du 1er octobre 1983. Les autres provinces ont indi- que qu'elles étudierait la possibilité de prece- voir plus de frais modératurs dès usagers.

L'assurance-santé a-t-elle besoin d'être sauvegardée?

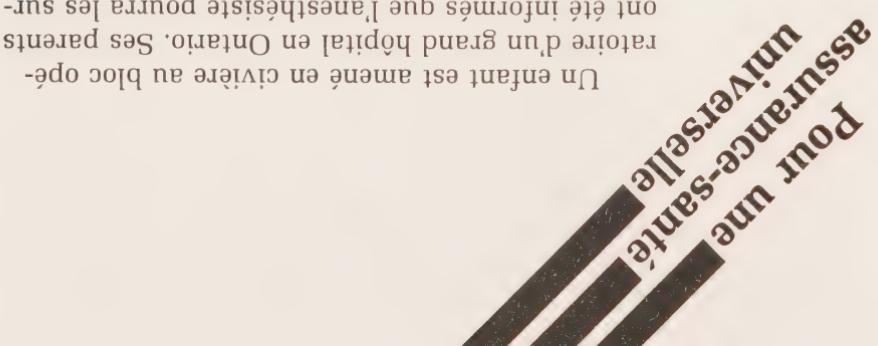
Une fois que le malade a reçu son congé de l'hôpital, il se peut, bien sûr, qu'il doive recevoir des traitements en consultation externe. En Colombie-Britannique, chaque visite lui coûtera 4 \$. En Colombie-Britannique, il y a des frais de 25 \$ si l'on se rend à un service d'urgence pour y recevoir un service qui n'est pas urgent. Partout ailleurs au Canada, on n'impose pas encore de frais modérateurs pour ce genre de service.

Quelque part au Canada en ce moment même, une personne est transportée d'urgence à l'hôpital, souffrant d'une crise cardiaque. Si la scène se passe en Alberta le patient devra acquitter des frais d'admission de 5 \$. En Alberta, environ 40 p. cent des anesthésistes et 55 p. cent des chirurgiens pratiquent la surfacturation. Pour un seul patient coronaire sans complication, la famille peut être appelée à verser jusqu'à 800 \$ en honoraires professionnels.

Il n'y a qu'au Québec, en Colombie-Britannique et dans les Territoires où le malade et sa famille n'ont aucunement à se préoccuper des factures de médecin sans avoir à appartenir à une famille ou à une corporation. Par exemple, l'hôpitalisation est de 20 jours d'habitude à la suite d'un séjour prolongé à l'hôpital. Par exemple, l'hôpital poserait des frais modératurs² de 150 \$ pour ces 20 jours. A Terre-Neuve, la facture pourrait s'élever à 75 dollars.

Supposons que le malade doive faire un apurès du médecin qu'ils sont incapables de payer.

- 1 On entend par **surfacturation**, la facturation directe d'un assureur pour un service couvert par l'assurance-santé, pratiquée par un médecin, pour un montant supérieur à celui qui est prévu dans le régime provincial d'assurance-santé pour ce service.
- 2 On entend par **frais modérateurs**, tous frais autorisés en vertu d'un régime provincial d'assurance-santé pour tout service de santé assuré que le patient doit acquitter directement.



Pour une assurance-santé universelle	5	L'assurance-santé universelle	6	sauvegarde?	8
L'assurance-santé a-t-elle besoin d'être		L'assurance-santé universelle: une		idée nouvelle?	8
Pour une assurance-santé universelle		L'assurance-santé est une bonne		L'assurance-santé universelle	11
		affaire pour les hopitaux		L'assurance-santé universelle	12
		L'assurance-santé est une bonne		affaire pour les médecins	12
		affaire pour les contribuables		L'assurance-santé est une bonne	13
		affaire pour les contribuables		affaire pour les contribuables	13
				Frais modératateurs: échec aux abus?	19
				Frais modératateurs: technique de	
				gestion?	20
				Frais modératateurs: moyen de	
				sensibiliser la population	
				aux coûts?	21
				La surfacturation	21
				Conséquences des frais directs	23
				Point de vue du patient à l'égard	
				des frais directs	26
				Canadiens	28
				L'assurance-santé pour tous les	
				Canadiens	30
				L'assurance-santé dévrrait protéger les	
				Canadiens pour sauvegarder l'assurance-	
				Que peut faire le Gouvernement du	
				Canada pour sauvegarder l'assurance-	
				Que contributions du Gouvernement du	
				Canada	32
				Législation fédérale sur la santé	34
				Que veulent les Canadiens?	36

ISBN 0-662-52577-9
N° de cat. H 21-92/1983
© Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1983

1983

du Bien-être social

Ministre de la Santé nationale et

L'honorable Monique Begein

Publication autorisée par

assurance-santé
universelle
Pour une

Canada

La politique du Gouvernement du Canada
Pour une Université Supérieure
Santé-Éducation

